Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 8. Warszawa, Sierpień 1926 r. Rok XXII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

TREŚĆ:

Samodzielne udzielanie pomocy lekarskiej przez felczerów

w świetle ustawy z dn. 1 lipca 1921 r. i rozporządzenia wykonawczego z dn. 20 marca 1922 r.

Mamy nadzieję, iż chwalebny prąd, dążący do położenia kresu anarchji w ustawodawstwie, będzie płodny w swych skutkach. Niewątpliwie w żadnem państwie niema tyle skłóconych z sobą ustaw, a już napewno nie jest do pomyślenia, aby rozporządzenia wykonawcze do ustawy były z tą ustawą sprzeczne. Niestety tak jest z naszem rozporządzeniem z dn. 20 marca 1922 r., które nibyto miało zrealizować postulaty ustawy o czynnościach felczerskich, a właściwie stało się **kagańcem** dla zasłużonego i lojalnego zawodu.

Ustawa o uprawnieniach felczerskich określiła zasadniczo zakres kompetencji felczera w pkt. a art. 2-go, którego treść opiewa, iż „felczerzy uprawnieni są do samodzielnego **udzielania** pomocy lekarskiej do przybycia lekarza".

Z treści powyższej widzimy, że ustawodawca nie ograniczył pomocy lekarskiej, udzielanej przez felczera, co do zakresu i rodzaju. Ograniczył ją tylko momentem przybycia lekarza. Ograniczenie to było jednak zbędne, gdyż z samego ustosunkowania

się felczera do lekarza, jako do swego zwierzchnika, wynikało, że z chwilą przybycia lekarza do chorego, felczer ograniczał swą rolę do wykonywania wskazówek lekarza. I na tem tle pomiędzy lekarzami, a felczerami nigdy nie dochodziło do żadnych scysyj.

Prawodawca jednak pośrednio ograniczył w następnych punktach pomoc lekarską felczera. W pkt. e art. 2 postanowił: że felczerzy czynności chirurgiczne wykonywują tylko w zakresie małej chirurgji. W art. 4 postanowił, że felczerom nie wolno zapisywać recept na środki, objętych w farmakopei lit. A.

I to są wszystkie ograniczenia ustawodawcy. Zobaczmy, co z tego zostało w rozporządzeniu wykonawczem.

§ 7 rozporządzenia brzmi: „felczerzy uprawnieni są do **udzielenia** pomocy lekarskiej przed przybyciem lekarza; stałe samodzielne leczenie jest im wzbronione.

Redaktor rozporządzenia zrobił jedną maleńką, a brzemienną w rezultacie operację. **Słowo „udzielania" z ustawy, zamienił w rozporządzeniu na „udzielenia".** I tą drobną operacyjką zmienił cały sens ustawy. Rozzuchwalony tak udałym zabiegiem wstawił już dowolnie dalej ustęp, iż felczerom stałe samodzielne leczenie jest wzbronione.

I tu tkwi całe nieporozumienie. Nikt nam nie wytłomaczy, że rozporządzenie jest zgodne z ustawą, skoro w taki sposób został zupełnie otwarcie naruszony dosłowny tekst ustawy. Skoro ustawa powiada, że felczerom wolno udzielać pomocy lekarskiej do przybycia lekarza t. zn. wolno im leczyć chorego dotąd, dopóki rodzina pacjenta nie wezwie lekarza. Bezprawiem zaś jest tekst rozporządzenia, który pomoc felczerską sprowadza do jednorazowego udzielenia pomocy z podkreśleniem dalszem, iż felczerom „stałe samodzielne leczenie jest im wzbronione".

Ten fałsz gramatyczny spowodował i dalsze konsekwencje. Redaktorzy rozporządzenia w § 11 zabronili felczerom leczyć chorych wenerycznie. Na zarzuty nasze autorowie odparli, iż felczerowi wolno udzielać tylko doraźnej, jednorazowej pomocy—rzekomo tak twierdzi ustawa—a ponieważ udzielenie pomocy w cierpieniach wenerycznych trudno podciągnąć pod kategorję wypadków nagłych, więc temsamem felczerom nie wolno leczyć chorych wenerycznie. Zresztą i to jest niesłuszne, gdyż niema takiego rodzaju choroby, w której by się nie zdarzyła konieczność udzielenia nagłej pomocy.

Musimy otwarcie dziś podkreślić, zresztą jak to już nieraz podnosiliśmy, że felczerom wolno udzielać pomocy lekarskiej bez rozróżnienia kategorji choroby stale danej osobie, a nie tylko

jednorazowo, że jedynem naszem ograniczeniem w leczeniu jest przybycie lekarza zawezwanego przez rodzinę, jak również naszem ograniczeniem w leczeniu jest to, że nam wykonywać zabiegi z zakresu małej chirurgji oraz, że nie wolno nam zapisywać lekarstw, objętych w farmakopei lit. A.

Nigdzie bowiem ustawa z d. 1 lipca 1921 r. nie ogranicza uprawnień felczerskich do udzielania doraźnej pomocy.

Oto są nasze prawa i ograniczenia, przewidziane ustawą. Na stanowisku ścisłego przestrzegania obowiązków ustawowych stoi twardo zawód felczerski. Również twardo bronić będziemy naszych uprawnień.

A jeżeli dziś społeczeństwo, spragnione praworządności, woła wielkim głosem o poszanowanie ustaw, to i my felczerzy dołączając się do tego **wnosimy o rewizję i uzgodnienie rozporządzenia wykonawczego z dn. 20 Marca z ustawą z dn. 1 lipca 1921 r.**

Morfinizm.

W opracowaniu Al. Popielnika.

(Dokończenie).

Najsilniejsze przyzwyczajenia odnośnie pielęgnacji ciała i wyglądu zewnętrznego idą wobec tego nałogu, że się tak wyrażę—do djabła, jak również najelementarniejsze obowiązki towarzyskie obracają się w niwecz. Jak dalece indolencja sięga, dowodzi niezbity fakt, że nawet do mycia rąk niemają cierpliwości ani energji i mogę zanotować wypadek, gdzie chora poparzyła sobie bardzo dotkliwie piersi, nie miała bowiem tyle energji odruchowej, by leżąc w łóżku wyjąć z ust dogasającego papierosa, a pozwalała mu wysunąć się z warg na piersi. Z punktu widzenia etycznego sprawa przedstawia się jeszcze gorzej. Morfiniści, nie okłamujący swoich najbliższych i swoich lekarzy—są rzadkością. Usiłowania oszukańcze, fałszowanie recept i kradzieże, są b. częste, gdzie normalnie u takich osobników i w tym odłamie społecznym podobne rzeczy nigdy nie miałoby miejsca. Zwłaszcza bardzo charakterystyczne są dwie właściwości, które posiadają prawie wszyscy ci chorzy. Pierwszą stanowi, przechodząca wszelkie normalne pojęcie, lekkomyślność nadzwyczajna, za pomocą której wielu morfinistów usiłuje stworzyć z siebie uwodzicieli. Już wyżej wspomniałem. że bardzo wielu ludzi

zostało przez swoich małżonków, przyjaciół lub przyjaciółki, lub czego niestety nie można zamilczeć, skuszonych do używania morfiny przez swoich morfinistycznych lekarzy. Bawają całe ogniska zarazy w tej dziedzinie i niestety, źródłem, z którego ta zaraza powstała i podsycana bywa, jest zawsze prawie jakiś lekarz, który swemu choremu niemało zachwala dobrodziejstwa morfiny. To jest właśnie podstawa, która winna być brana pod uwagę, a na której opiera się prof. Levins w swoim żądaniu, by morfinistycznym lekarzom odbierano prawo praktyki.

Więcej fatalne, ale również typowe jest zachowanie się morfinisty w dniu jego wstąpienia do zakładu leczniczego. W dniu tym stara się on wszystkich podejść, Nigdy prawie się nie zdarza, aby pacjent, który przybył do sanatorjum lub kliniki, celem przeprowadzenia kuracji, nie starał się w jakikolwiek bądź sposób morfinę przemycić. Szpryca w kawałku jakiegoś leczniczego mydła, np. siarkowo-dziegciowym, ze ze względu na jego miękkość, gdyż może szprycę wkręcić, samę morfinę w jakiejś cygarniczce, pomiędzy podeszwami butów, pod stojąco-wykładanym kołnierzem koszuli nocnej, w kopercie listowęj, w okładce książkowej, w podszewce, fryzurze, lub nawet, jak się obserwowało wypadki, morfina była w genitaljach kobiecych schowana i jeżeli wszystkie sposoby zawodzą, tedy chorzy starają się przynajmiej namówić swoich najbliższych do przynoszenia morfiny, lub będę przekupywali wszelkiemi sposobami personel zakładowy, aby tylko trochę morfiny zdobyć. I bez tego morfiniści są bardzo niemiłymi gośćmi szpitalnymi; zwłaszcza kiedy ich się więcej schodzi razem, niemało wówczas prób i starań dokładają, aby innych pacjentów przeciw lekarzom zbuntować.

Objawy w czasie usunięcia morfiny.

Ogólnie nie da się praktycznie i logicznie przeprowadzić rozdziału pomiędzy chronicznem zatruciem, a objawami abstynenckimi. Najwybitniejszy objaw abstynencji — głód morfinowy tworzy w obrazie chronicznego zatrucia, najistotniejsze rysy, gdyż właśnie ten głód zmusza chorego do powtórzenia i zwiększania dawek. Atoli ogólny obraz, który się właście ciągle zmienia, należy określić w ten sposób, aby objawy chronicznego zatrucia, przeciwstawić objawom abstynencji, ponieważ dawki morfiny zostają dzięki wpływowi lekarza obniżone lub nawet odrazu usunięte.

Również bardzo ciekawym jest objaw abstynencki, obserwowany z punktu widzenia teoretycznego u noworodków morfinistycznych matek. U dorosłych abjawy abstynenckie występują w 5—6 godzinie po odebraniu ostatniej dawki t. j. po przejściu pierwszej zwykłej godziny injekcyjnej. Cborzy odrazu zwracają na się uwagę otoczenia przez swój duchowy i fizyczny zapad, nagle przybierają starczy, zmęczony, zwieszony i zgrzybiały wygląd, często ziewają, kichają, skarżą się na kapanie łez, uderzenie krwi do głowy (congestio), ślinotok i silne poty. Następują niespokojne ruchy, drgawki twarzy— słowym liczne zewnętrzne objawy wewnętrznego napięcia, męczącego niepokoju, silne ckliwości opanowującej zarówno fizycznie jak i duchowo. Najgorsze są w całem tym uczuciu ogólnego niedomagania, subjektywne bóle głowy, niedomagania całego ciała, ściskanie, bicie serca, nieregularność żołądkowa (hyperaciditas), przekwaśnosć, strach, a przedewszystkiem bezsenność, której żadne środki zwalczyć nie mogą. Puls zazwyczaj przyśpieszony, często bardzo nieregularny, a w cięższych przypadkach dochodzi nawet do bardzo wyraźnego osłabienia czynności sercowych. A więc najprzód pojawiają się zazwyczaj zawroty głowy, nudności, wymioty, bóle brzucha, silne parcie na kiszkę stolcową, nadmierne rozwolnienie, skurcze pęcherza. Drżenie się potęguje, następują drgawki mięśni, skurcze przepony, ataki astmatyczne i kaszlu, mocz zawiera niekiedy (w 15% wypadków) białko. Żrenice się rozszerzają i często nienormalnie żywo reagują (Siemerling, Jastrowitz). Według prof. Oppenheima zawsze istnieje niedowład akomodacyjny (Accomodatio parhesis). Prof. Haymann obserwował wypadek bezwładności żrenicy, którą można było za pomocą morfiny polepszyć lub zupełnie usunąć.

Najwięcej obaw wzbudzają kollapse, powstające w czasie odebrania morfiny. Występują nagłe ataki osłabienia serca, podczas których puls staje się nieregularny i powolny (do 30 uderzeń na minutę), oddech ciężki i wogóle całe zachowanie i stan chorego mogą się stać o tyle groźnymi, iż może powstać obawa śmiertelnego zakończenia. W ciężkich przypadkach zdarzają się przy zupełnie nikłym wyglądzie — głębokie omdlenia i jeżeli w tym czasie nie zastosuje się odpowiednich środków, to śmierć może faktycznie nastąpić. Najczęściej obserwuje się kollapsy w pierwszych 8 dniach po odebraniu morfiny, nie jest jednak wykluczone, że mogą się one zdarzyć nawet przy stopniowym i powolnym odebraniu

morfiny. Nie trzeba jednakowoż pomieszać tego ciężkiego stanu, wywołanego bezwątpienia na skutek zmian ciśnienia krwi z omdleniami i osłabieniem, które powstają często u niezwykle histerycznych morfinistów, na tle wyimaginowanych przyczyn. Obserwowano nawet histeryczne ataki konwulsyjne i delirja.

Zupełnie inaczej muszą być naturalnie orzeczone, nieczęste wreszcie przypadki stanów deliryjnych, b. podobnych w swych cielesnych i psychicznych objawach do delirium tremens. Próby prof. Abrahama, zdążające do wykrycia oznak różnicowych pomiędzy delirjum alkoholicznym, a morfinistycznym — spełzły na niczem (Kreapelin). Natomiast twierdzi prof. Kreapelin, iż wzmiankowane delirja, prawie zawsze wstępują nie tylko przez morfinę samą ale jeszcze wskutek dodatkowo działających innych przyczyn (alkohol). Czas trwania tych delirji wynosi godziny i dni; przez cały czas takiego stanu, trzeba być przygotowanym na mocno spotęgowaną chęć samobójstwa. W b. ścisłym związku stoją z sobą czas trwania tych objawów z osobistym stanem chorego podczas abstynencji i wysokość odebranych dawek morfiny. W przypadkach lżejszych przesilenie następuje już po dwóch dniach, w przypadkach cięższych stan ten nieraz tygodnie całe trwa, dopóki chory znowu odzyskuje względne, subjektywne zdrowie. Skalą objektywną do przekonania się o osiągniętym punkcie przesilenia może służyć trwały sen, wzmagający się apetyt i stopniowe zyskiwanie pamięci; nie trzeba jednak polegać na danych chorych, które nie zasługują w tym stadjum na zaufanie. Wreszcie następuje również i zewnętrzna poprawa chorego: skóra otrzymuje swoją pierwotną jędrność, pacjenci stają się bardziej ożywieni, co dla zakładów z personelem żeńskim stanowi okoliczność niebardzo miłą, gdyż potencja poczyna nabierać na sile i w miejscu dawnej seksualnej apatji, występuje b. silnie i często przykre w swoich zewnętrznych objawach libido.

L e c z e n i e.

Wogóle odróżnia się, ze względu na okoliczność leczenia, polegające naturalnie na odebraniu morfiny — dwa sposoby, w których prof. Levinstein zaleca nagłe, prof. Erlenmeyer szybkie i systematyczne odebranie morfiny, który to ostatni sposób popierają również profesorowie: Burkart, Müller i Obersteiner. Nie należy twierdzić, iż wogóle jakaś „metoda"

może być zalecana dla wszystkich wypadków w szematycznym porządku, a wskazane jest koniecznie indywidualne leczenie. Człowiek, fizycznie i psychicznie zdolny do oporu, który nie przekroczył średniej dawki paru decygramów dziennie, może być prawie zawsze bez niebezpieczeństwa natychmiast morfiny pozbawiony, nagle natomiast pozbawienie morfiny człowieka, której większą ilość używał, a który cieleśnie i psychicznie, że się tak wyrażę zupełnie podupadł — może być niebezpieczne. Nie jest również powiedziane, iż trzeba się liczyć z chorym, by kuracja jego przeszła „bez cierpień" i ciągnąć ją dlatego długie miesiące.

O wiele ważniejsze aniżeli rodzaj metody, są konsekwencje jej przeprowadzenia i okoliczności uboczne, umożliwiające przeprowadzenie kuracji. Większość morfinistów stara się omijać zamknięte zakłady lecznicze, a często stan psychiczny znowu nie pozwala na to, by ich do domu warjatów zamykać. Jeżeli zaś dobrowolnie wstępują do takiego zakładu, to z chwilą gdy tylko wyrażą chęć opuszczenia go, trzeba ich momentalnie zwolnić. A życzenie to występuje zazwyczaj, gdy się rozpoczynają ciężkie i subjektywnie przykre objawy abstynencji. Zobowiązania, które się chorym do podpisu daje osiągają o tyle swój cel, iż zdaje im się, że przez ten podpis pozbawieni są mocy wydobycia się na wolność.

Że się to wcale nie zdarza, by morfinista wstępujący do zakładu nie starał się przeszmuglować pewnet ilości morfiny, wspomiałem już wyżej. Przeto hipoteza odjęcia morfiny jest zupełnie naturalna, że należy bez żadnych względów — ale również z największym taktem bagaż chorego zrewidować. Z tych samych przyczyn, musi być również dobrany b. odpowiedni personel i wszelkie odwiedziny, oraz korespondencja muszą być ściśle dozorowane. Mniejsza o to, czy się ma zamiar przeprowadzić kurację nagłą, czy systematyczną — za regułę przyjąć trzeba, iż morfiniści nigdy nie podają prawdziwej wysokości dawek, a przeważnie dzienną dawkę podają b. wysoką, nawet wówczas, gdy była tylko przejściową. Wobec tego rada prof. Erlenmeyera, dawać zawsze połowę podanej dawki, okazuje się zupełnie usprawiedliwiona. Wreszcie zalecone przez profesorów Erlenmeyera i Bumkego postępowanie dało b, dodatnie wyniki, mianowicie: w przeciągu 8 do 10 dni zastosowuje się taktykę, że przedewszystkiem injekuje się w dzień, potym w rannych godzinach, a na końcu tylko wieczorem. Największe trudności ma się naturalnie z odebra-

niem ostatniej najmniejszej dawki, wynoszącej 1/2 do 1 cgrm. Prof. Jastrowitz radzi, by chorzy podczas kuracji dużo na powietrzu przebywali.

Cała uwaga lekarza winna być w czasie kuracji, przedewszystkiem skupiona na stan systemu krwionośnego. Z chwilą wystąpienia kollapsów, najlepiej usuwa się je za pomocą morfiny, a oprócz tego b. mocną kawą. Pozostałe objawy abstynencji musza być naturalnie leczone symptomatycznie. Pomiędzy innymi radzi prof. Hitzig, by przeciw wymiotom stosowano płukanie żołądka, prof. zaś Erlenmeyer proponuje przy nadmiernej kwaśności (hyperaciditas) wody alkaliczne Faschinger; ruchowy niepokój i osłabienie cielesne usuwa się b. łatwo stopniowymi zimnymi kąpielami ewent. zimnymi natryskami, a bezsenność odpowiedniemi hypnoticami.

Wyżej wymienione szczegóły stanowią właściwy punkt ciężkości, na którym wszystkie terapeutyczne starania w czasie kuracji, największe trudności napotykają. Agrypnia (bezsenność) u morfinistów nieraz miesiące długie dnie nie daje się w żaden sposób usunąć; wiele mocnych środków nasennych jak amylen i chloralhydrat, wpływają często wręcz rozdrażniająco; trional, sulfonal, veronal i t. d. osiągają swój cel często w takich dawkach, że przestają być wogóle niebezpieczne, a nawet paraldehyd musi być często w ilości 8 — 10 grm., a nawet więcej podany. B. dobre rezultaty jednak uzyskuje się, gdy ogólny niepokój w dzień redukuje się bromem, a wieczorem z systematycznie zmieniającymi się innymi środkami nasennymi. Prof. Bumke używa jako hypnoticum—i tylko jako takie — w cięższych przypadkach, również scopolaminę, do której jak wiadomo nigdy przyzwyczaić się nie można.

Wszystkie prawie inne środki, mające odzwyczajenie ułatwić lub nawet uskutecznić, okazały się albo bez żadnego wpływu, albo nawet wręcz niebezpieczne. Zwłaszcza leczenie morfinisty kokainą przedstawia sobą o jedno niebepieczeństwo — więc jak już dzisiaj z całą pewnością stwierdzono, wywołuje nowe nałogowe zatrucie z jeszcze cięższymi następstwami. Nie o wiele lepiej ma się sprawa z dioniną (Fromme) i heroiną; również i w tym wypadku mamy do czynienia ze środkami, które w wpływowych dawkach, wszystkie szkodliwości morfiny utrzymują w całej sile i dlatego nie nadają się do zastosowania.

Także dawki alkoholu, wyłączając szczególne komplikacje, specjalnie przy kollapsach — nie są zalecane; b. dobre

rezultaty można osiągnąć według prof. Forela, gdy się morfinistę zobowiązuje do zupełnej abstynencji. Dla ludzi bowiem, których słabą wolę opanowała morfina, alkohol przedstawia sobą b. poważne niebezpieczeństwo i zazwyczaj regularne dawki alkoholu, używane do zwalczania objawów abstynencji, tworzą pierwszy stopień do rozwoju powrotu zgubnego nałogo.— Palenie papierosów i cygar, zmniejszyć również celowo, ze względów wychowawczych.

B. poważną rolę odgrywa w leczeniu psychoterapja, którą pomiędzy innymi również gorąco popiera prof. Oppenheim. Właśnie ci chorzy potrzebują w b. wysokim stopniu, trwały duchowy wpływ, pociechę i wzmacnianie ich siły woli.

Prognoza.

Prognoza morfinizmu może się okazać pomyślną, jeżeli będziemy się opierać na rezultatach pojedyńczych zabiegów leczniczych. Udają się one zawsze i muszą się one wreszcie udać, jeżeli są mn. w. konsekwentnie przeprowadzone. Jeżeli nprz. wskutek jakiegoś chirurgicznego cierpienia, nabytego podczas wojny, pacjent wciągał się w morfinę, wówczas można z całą pewnością postawić prognozę pomyślną. Jednakże większość pacjentów staje się recydywistami i właściwie nie dlatego, że pierwotne jakieś cierpienie wróciło, tylko często w tym momencie, kiedy próbują na nowo podjąć swe czynności zawodowe, które wydają im się po kilkumiesięcznej bezczynności zbyt ciężkimi. Właśnie w tej skłonności do recydywy, leży charakterystyczny dowód duchowego usposobienia, które większość chorych już z domu wyniosło, jak również skłonności do moralnego zboczenia, do którego doszli przez morfinę.

Profes. Levinstein spotkał z pomiędzy 82 męskich pacjentów 61, a z 32 lekarzy 26 recydywistów. Gdy się tych chorych, którzy naogół są po kuracji względnie silni zapytać, co ich zmusiło do powtórnego sięgnięcia po szprycę, to często otrzymuje się, z której wynika, że najbłahsze przyczyny, nawet często jakiś lekkomyślny impuls zmusił ich do tego. Wniosek zatem praktyczny, jaki się z powyższego wyciągnąć da, jest ten, że obowiązkowa działalność lekarska, dążąca do odzwyczajenia, nie powinna się skończyć z ostatnią szprycą, tylko jeżeli to możliwe — pacjenta pod jakąśkolwiek formą, kilka miesięcy jeszcze nadzorować ściśle. Cenną bezwątpienia radą służy nam prof. Kraepelin, by pacjentami, znajdującymi

się pod ochroną zakładu leczniczego pokierowano w ten sposób, by podlegali absolutnemu wpływowi lekarza i personelu pomocniczego, by w ten sposób móc niemi dobrowolnie kierować. Oprócz tego radzi, by perjodycznie wracali na parę dni pod obserwację lekarską.

Niezależnie od tych nawrotów, prognoza morfinizmu naogół nie bardzo jest sprzyjająca, jak ją przypadkowo przedstawiają. Albowiem zdarzają się wypadki, w których straszne wprost dawki przyjmowane były przez szereg 20 do 30 lat, a tym pacjentom grożą inne jeszcze niebezpieczeństwa, jak chroniczne zmiany sercowe, prowadzące do nagłych wypadków śmierci.

WŁODZIMIERZ SZCZEPAŃSKI.

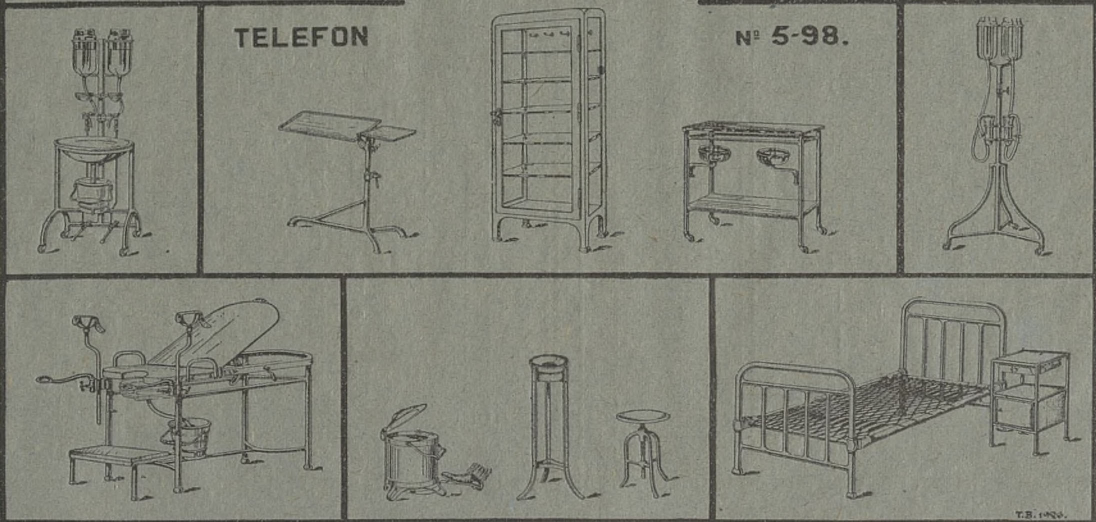
Organizacja Kas Chorych

w świetle ustawy z dnia 19 Maja 1920 r., oraz projektowanych zmian. (Ciąg dalszy).

Pogląd rządowy w tym wypadku podzieliła konferencja frakcyj socjalistycznych w Kasach Chorych, wypowiadając się stanowczo za wprowadzeniem zasady wyborów z większości do Zarządu.

Art. 69 przyznaje dyrektorowi Kasy, naczelnemu lekarzowi, oraz przedstawicielowi Komisji Rewizyjnej prawo brania udziału w posiedzeniach Zarządu z głosym doradczym. Ministerstwo Pracy pod wpływem opinji zrzeszeń lakarskich rozszerzyło uprawnienia naczelnego lekarza w kierunku stawiania wniosków w zakresie lecznictwa. Mało tego. Ministerstwo Pracy w swym projekcie na wypadek odrzucenia przez Zarząd wniosków naczelnego lekarza, nadaje mu prawo odwołania się do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń. Projekt konferencji delegatów Kas Chorych uprawnienia powyższe, co do stawiania wniosków na posiedzeniach Zarządów, oraz możności odwołania się w razie ich nieprzyjęcia do Urzędu Ub. rozszerza na przedstawiciela Komisji Rewizyjnej oraz dyrektora z tą tylko różnicą, że zamiast do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, odwołania te mają iść do Okręgowych Związków Kas Chorych.

Trudno jest tutaj pojąć stanowisko obu tych projektów. Wprowadzają one prawdziwy dualizm, oraz zamęt z tego



powodu w Zarządach Kas Chorych. Jeżeli Ministerstwo Pracy musiało się liczyć z naciskiem lekarzy, którzy pragną w zreformowanych Kasach Chorych osiągnąć pewien wpływ na ich działalność, to wystarczającem byłoby zapewnienie tego wpływu w Urzędach Ubezpieczeń. **Nie można bowiem sobie wyobrazić tak dalece idącego uprawnienia płatnego pracownika Kasy Chorych, jakim jest naczelny lekarz, aby tenże wbrew jednomyślnemu zdaniu swego zwierzchnictwa, mógł ze swemi wnioskami udawać się do władz nadzorczych.** W wypadku zaś, gdy naczelny lekarz uzyska dla swych wniosków przychylność choćby części członków Zarządu, to wówczas ta część członków mogłaby odwołać się do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń i w tym duchu odpowiednią poprawkę należałoby wprowadzić do omawianego artykułu.

To samo odnosi się do dyrektora. Co zaś do przedstawiciela Komisji Rewizyjnej, to zbędnem jest mu przyznawanie tego prawa, gdyż jako przedstawiciel władzy nadzorczej posiada on inne środki celem zmuszenia zarządu do honorowania jego wniosków, które jednak przedewszystkiem muszą być uzgodnione na plenum Komisji Rewizyjnej (patrz art 80 i następne).

Pozatem projekt rządowy przewiduje możność zapraszania przez Zarząd na swe posiedzenia rzeczoznawców dla udzielania opinji w zakresie swej kompetencji. Projekt konferencji delegatów Kas Chorych pod wpływym przedstawicielstwa zawodowego aptekarzy, uzupełnił powyższe zdanie wymienieniem w nawiasie, czyli przykładowo naczelnego aptekarza. Niewielka to koncesyjka na rzecz, grającego doniosłą rolę wydziału aptecznego w Kasach Chorych. Że projekt rządowy kwestję udziału naczelnego aptekarza w posiedzeniach Zarządu pominął, to nic dziwnego, ale działacze kasowi winni byli lepiej się orjentować w tych sprawach i przyznać naczelnemu aptekarzowi te same prawa,co naczelnemu lekarzowi. **Z naszego stanowiska naczelny aptekarz winien mieć te same prawa co dyrektor i naczelny lekarz** t. j. prawo stawiania wniosków na posiedzeniach Zarządu bez możności odwoływania się w razie ich odrzucenia do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń, co winno przysługiwać tylko przegłosowanym członkom Zarządu.

Przy wyborze przewodniczącego Zarządu projekt Ministerstwa Pracy, podobnie jak przy wyborze przewodniczącego

Rady, odstąpił od systemu większości zwyczajnej na rzecz systemu większości bezwzględnej, nie stanowiąc jednak niezbędnego uzupełniającego przepisu co do kartek pustych, czy będą one uważane za głosy oddane, czy nie. Należy zauważyć, że w razie wyborów Zarządu zwyczajną większością, tak jak to projektuje Ministerstwo, wybory przewodniczącego Zarządu nie będą przedstawiały już żadnych trudności, a to dlatego, że nie można sobie wyobrazić, by ciało jednolite, jakiem będzie wówczas Zarząd, nie mogło się zdobyć szybko na wysunięcie odpowiedniej kandydatury.

Ostatnią kwestją dotyczącą Zarządu, będzie podkreślenie zmiany sposobu zapadania uchwał w Zarządzie. Ministerstwo Pracy, decydując się w swym projekcie na wybór Zarządu przez Radę zwyczajną większością, konsekwentnie żąda przy uchwałach Zarządu, aby one zapadały bezwzględną większością. Konferencja delegatów Kas Chorych, stojąc na stanowisku utrzymania proporcjonalnych wyborów Zarządu, słusznie pozostawia tutaj bez zmiany dotychczasowe brzmienie ustawy t. j. wymagania dla ważności uchwał zwykłej większości, gdyż trudnoby było nieraz przy proporcjonalnym składzie Zarządu uzyskać dla każdej sprawy bezwzględnej większości głosów.

Organem kontrolującym czynności Zarządu jest **Komisja Rewizyjna.**

Działalność jej zakreślają art. 80, 81 i nast. Ustawodawca nadał Komisji Rewizyjnej kompetencje bardzo szerokie. Może ona przed każdem posiedzeniem Rady, oraz zawsze, gdy uzna to za potrzebne, dokonać nietylko rewizji gotówki, ksiąg i dokumentów, lecz także kontroli czynności organów Kasy. Komisja Rewizyjna komunikuje o wynikach rewizji Zarządowi Kasy i składa sprawozdanie Radzie Kasy. Funkcje Komisji Rewizyjnej nie zacieśniają się więc tylko do rewizji finansowej, ale obejmują całokształt działalności Kasy, czyli tworzą z niej prawdziwy organ nadzorczy, albowiem we wnioskach swych Komisja Rewizyjna nie jest niczem skrępowana.

Komisja Rewizyjna pozatym ma prawo skarżyć wszelkie uchwały lub czynności organów Kasy, a więc przedewszystkiem Zarządu, a nawet Rady Kasy do Urzędu Ubezpieczeń, jeżeli uchwały te lub czynności sprzeciwiają się postanowieniom ustawy lub statutu. Może też w tym celu zażądać zwołania w najkrótszym terminie posiedzenia Rady Kasy.

To ostatnie należy rozumieć w ten sposób, że o ile Komisja Rewizyjna skarży uchwałę Rady przed forum tejże Rady, Komisja Rewizyjna **posiada prawo żądania od Rady reasumcji swej uchwały.**

Z tego krótkiego streszczenia kompetencji Komisji Rewizyjnej widzimy, że ona ma prawo decydować o celowości i legalności zarządzeń Kasy. Z punktu widzenia legalności może kontrolować nietylko działalność Zarządu, ale nawet działalność Rady. Jest tylko ta różnica między temi dwoma rodzajami kontroli, że jeżeli kontrola obejmuje celowość zarządzeń Kasy, to przedstawienie odnośnych wniosków przysługuje Komisji Rewizyjnej tylko na plenum Rady, natomiast jeśli chodzi o nielegalnie powzięte uchwały, czy czynności to w tym względzie Komisja Rewizyjna może odwołać się do Rady, ale musi również do Urzędu Ubezpieczeń.

Projekty nowelizujące ustawę o ob. ubezp. na wypadek choroby nie interesują się zupełnie zakresem kompetencji Komisji Rewizyjnej. Nie interesują się do tego stopnia, że pozostawiają bez zmiany ust. II art. 82, który nadaje uchwałom Komisji Rewizyjnej moc, wstrzymującą zaskarżoną czynność aż do powzięcia przez Urząd Ubezpieczeń decyzji, która powinna nastąpić w ciągu miesiąca. Z brzmienia tego ustępu wynika, że moc wstrzymującą mają tylko te wnioski Komisji Rewizyjnej, które dotyczą nielegalnych uchwał, czy zarządzeń Kasy. Wnioski Komisji Rewizyjnej, jeśliby dotyczyły jakiejś uchwały czy czynności Zarządu, które uważałyby za niecelowe, wobec tego, że podlegają rozpatrywaniu przez Radę, mocy wstrzymującej nie posiadają.

Niebezpieczeństwo powyższego brzmienia ust. II-go art. 82 tkwi w tem, że ustęp ten **nie przewiduje terminu ad quem,** po upłynięciu którego Komisja Rewizyjna nie mogłaby już zaskarżyć danej uchwały. Wprawdzie Urząd Ubezpieczeń winien powziąć decyzję, co do zaskarżonej uchwały w ciągu miesiąca, ale to nie obowiązuje Komisji Rewizyjnej, ma tylko takie znaczenie, że o ile Urząd Ubezpieczeń w ciągu miesiąca decyzji żadnej nie poweźmie, to a contrario wniosek Komisji Rewizyjnej traci moc wtrzymującą i uchwała może być wykonana.

Otóż winien być oznaczony w ustawie termin, w ciągu którego Komisja Rewizyjna ma prawo zaskarżać uchwały. Niepodobna bowiem sobie wyobrazić, aby Komisja Rewizyjna, po upływie dłuższego czasu ze względów oportunistycznych,

lub wskutek zmiany w swym składzie mogła zaskarżyć uchwałę,. Ze względu na to, że zaskarżenie takie możliwe jest tylko w stosunku do uchwał nielegalnych, sądzimy, że Komisja Rewizyjna będzie władna w każdym czasie zwrócić się z odpowiedniem przedstawieniem do Urzedu Ubezpieczeń, Jednak przedstawienie to nie będzie miało mocy wstrzymującej. Swobodne bowiem uznanie organu, składającego się z elementów obywatelskich, może zawodzić przy ocenie legalności. Tutaj należy postawić tamę temu swobodnemu uznaniu, oznaczając termin, w ciągu którego zaskarżenie uchwały, powoduje tak duże skutki, jak wstrzymanie uchwały. Inna rzecz, jeżeli Urząd Ubezpieczeń, jako władza państwowa, z urzędu, czy też na mocy przedstawienia Komisji Rewizyjnej, anuluje nielegalną uchwałę. Może to uczynić w każdym czasie i tutaj ustawa nie może przepisywać żadnego przedawnienia. Kompetencje Kom. Rewizyjnej, jak więc widzimy są dość duże. Jednak nie należałoby ich ścieśniać. Raczej należałoby je rozszerzyć i **przyznać K. R. prawo kontroli celowości zarządzeń z możnością odwołania się do władz nadzorczych** (nietylko do Rady, jak jest obecnie). Wtedy jednak należałoby przebudować ustrój organów nadzorczych tak, aby one faktycznie mogły sprawować kontrolę nad działalnością Kasy, zwłaszcza w dziedzinie lecznictwa.

Ważny wpływ na działalność Komisji Rewizyjnej posiada sposób jej wyboru, oraz czas trwania kadencji. Dotychczas Komisja Rewizyjna wybierana jest przez Radę Kasy, zwykłą większością, na rok jeden w liczbie 6 członków i 3-ch zastępców, przyczem delegaci wybierają $^2/_3$ członków, a delegaci pracodawców $^1/_3$.

Przy sposobie wyboru Komisji Rewizyjnej posiadają wagę zupełnie inne argumenty, niż przy wyborze Zarządu. W imię sprawności Zarządu należało się oświadczyć za wyborem jego systemem względnej większości. Na innych przesłankach budujemy Komisję Rewizyjną — musi ona być przedewszystkiem organem bezstronnym. I jeżeli dla prac Zarządu dobrze jest, gdy on jest jednolitym co do swego składu, a takim będzie wybrany zwykłą większością, to Komisja Rewizyjna w składzie swym musi posiadać przedstawicieli różnych grup, co się da uskutecznić, jeżeli Komisja Rewizyjna będzie wybierana systemem proporcjonalnym. Konieczności zmiany systemu wyborów Komisji Rewizyjnej na rzecz systemu proporcjonalnego nie dostrzega Ministerstwo Pracy wpro-

wadzając zmiany w systemie wyborów do Zarządu, wskutek czego, na tle projektu rządowego, dochodzimy do tak niezdrowej sytuacji, iż w wypadku jeżeli Zarząd zostanie opanowany przez jakąś grupę, posiadającą zwykłą większość w Radzie, to ta sama grupa obsadzi swymi członkami Komisję Rewizyjną. Oczywiście kontrola Komisji Rewizyjnej wówczas sprowadzać się będzie do zera.

Rozumne stanowisko zajęła względem systemu wyborów do Komisji Rewizyjnej konferencja frakcyj socjalistycznych w Kasach Chorych. Domagając się wprowadzenia systemu większości względnej przy wyborach do Zarządów, jednocześnie żąda wprowadzenia systemu wyborów proporcjonalnych do Komisyj Rewizyjnych. W ten sposób pragną socjaliści rządy w Kasach Chorych oddać grupie najsilniejszej w Radzie, kontrolę zaś nad działalnością Zarządu wszystkim grupom.

Obowiązująca ustawa przewiduje dla Komisji Rewizyjnej tylko roczną kadencję, mimo, że kadencja Rady oznaczona jest na lat trzy, na tyleż lat kadencja członków Zarządu.

Projekt rządowy kadencji Komisji Rewizyjnej nie zmienił, mimo, że np. przedłużył kadencję Rady do lat 4-ch.

W sprawie kadencji Komisji Rewizyjnej możemy rozumować następująco: dłuższy pobyt w Komisji Rewizyjnej stwarza pewnego rodzaju współżycie członków Komisji Rewizyjnej z Zarządem, co powoduje pobłażliwość Komisji Rew. w stosunku do działalności Zarządu, albo też przeciwnie uważamy, że dłuższe te współżycie Kom. Rewizyjnej z Zarządem nie jest tak groźne dla kontroli, zato przez dłuższy przeciąg czasu członkowie Kom. Rew. nabierają większego doświadczenia, zaznajamiają się coraz lepiej z mechanizmem instytucji i w rezultacie kontrola jest coraz lepsza. Uważam, że, zwłaszcza przy wyborze systemem proporcjonalnym, argument, co do wpływu współżycia Zarządu z Kom. Rew. na jej działalność nie jest istotny, wobec czego kadencję Komisji Rewizyjnej należałoby przedłużyć przynajmniej na okres przewidziany dla Zarządu.

Samorząd K. Ch. i nadzór państwowy.

Poważnym problemem, rozstrzygniętym niedostatecznie w ustawie, jest kwestja samorządu Kas Chorych oraz nadzoru państwowego. Koniecznością palącą jest również zor-

ganizowanie sądownictwa ubezpieczeniowego oraz uzgodnienia z Konstytucją uprawnień karnych Kas Chorych.

W pierwszym okresie organizacyjnym Kasami Chorych zarządzali komisarze, mianowani przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. System rządzenia przez Komisarzy, acz-kolwiek konieczny w pierwszem stadjum organizacyjnem, dostarczył dość argumentów, aby wypowiedzieć się przeciwko zbytniej ingerencji władz do życia tak skomplikowanych instytucyj. Drugi okres, okres pracy samorządów, wprawdzie zaznaczył się dodatnio w rozwoju ubezpieczeń od choroby, to jednak wywołał wiele zastrzeżeń z powodu niedostosowywania się przezeń do ogólnych warunków życia społeczeństwa.

Dziś niewątpliwem się już wydaje, że tylko ścisła, a harmonijna współpraca tych dwuch czynników: społecznego, ucieleśnionego w wybieralnych organach Kas Chorych oraz państwowego, reprezentowanego przez Urzędy Ubezpieczeń, może doprowadzić do osiągnięcia założonych przez ustawę celów.

Zmierzając w tym kierunku przedstawimy więc poniżej ustrój i zakres działania organów nadzoru państwowego nad Kasami Chorych t. j. Urzędów Ubezpieczeń wraz z projektowanemi zmianami. Zanim jednak to uczynimy, musimy się jednak przedewszystkiem zaznajomić z Okręgowymi Związkami Kas Chorych.

Na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że ustawodawca stworzył dwa konkurujące z sobą organy. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń, czy Okręgowy Związek Kas Chorych — która z tych instytucyj i w jakim zakresie sprawuje zwierzchnią władzę nad Kasami Chorych? Ale jeżeli takiego pytania nie stawia sobie już obecnie żaden uświadomiony działacz ubezpieczeniowy, to w każdym bądź razie mnóstwo jest projektów przekazania tego, czy innego zakresu działania Urzędu Ubezpieczeń Okręgowemu Związkowi Kas Chorych i naodwrót.

Należy oddać sprawiedliwość autorom ustawy z dn. 19 Maja 1920 r., że bardzo ściśle rozgraniczyli sferę działania Związków Kas Chorych od Urzśdów Ubezpieczeń. Art 93 ustawy określa działalność Związków Kas Chorych, jako „lustrację poszczególnych Kas, statystykę, zawieranie umów z poszczególnymi lekarzami i organizacjami lekarskiemi, zakładami leczniczemi, aptekami i dostawcami środków, wymaganych dla pielęgnowanie chorych, zakładanie i utrzymywanie aptek i szpitali, udzielanie na zasadach wzajemności pomocy pieniężnej Kasom będącym w potrzebie, podejmowanie lub

popieranie wszelkiego rodzaju środków mających na celu podniesienie stanu zdrowotności w kraju".

Wyliczenie to nie jest wyczerpujące, gdyż ustawodawca wyraźnie wymienia powyższe, jako między innemi.

Zakres działania Związku Kas może więc obejmować wszystko to, co dotyczy realizacji ubezpieczenia na wypadek choroby, a nawet może podejmować, czy popierać wszelkie środki, dążące do poprawienia stanu zdrowia ludności.

Jeżeliby teraz chodziło o ogólne scharakteryzowanie Związków Kas, to można stwierdzić, że powołane są one w celu kooperacji działalności poszczególnych Kas w tych dziedzinach, w których sobie one same rady dać nie mogą, bądź dlatego że przerasta to możność finansową jednej Kasy (budowa szpitali), bądź też, że wspólnemi siłami prowadzenie danego działu taniej się kalkulować będzie (założenie laboratorjum farmaceutycznego).

Natomiast dla Urzędów Ubezpieczeń ustawodawca rezerwuje właściwe *imperium*. Celem Kas Chorych jest udzielanie pomocy leczniczej sferom pracującym, to też głównem zadaniem Urzędu Ubezpieczeń jest nadzór nad realizacją tej pomocy leczniczej. W szczególności może Urz. Ub. sprawdzać w każdym czasie załatwianie spraw i rachunkowości, wzywać władze Kasy do pełnienia ich czynności, w razie stwierdzenia nadużyć lub przestępstw zawieszać władze Kasy w czynnościach i mianować komisarzy dla uporządkowania spraw, wreszcie w wypadkach, gdy władze wybrane, pomimo otrzymanego wezwania, odmawiają wykonania czynności nakazanych przez ustawę niniejszą, wyznaczać nowe tymczasowe władze. Urząd Ubezpieczeń czuwa nad przestrzeganiem przez przez Kasy ustawy i statutów, może więc anulować uchwały władz kasowych, zarówno te, które są sprzeczne z ustawą, jak i te, które według swobodnego uznania Urzędu Ubezpieczeń nie odpowiadają celowi ustawy, czy też ogólnej polityce ubezpieczeniowej.

Dla odpowiedniego wykonywania nadzoru nad czynnościami Kas Chorych w zakresie lecznictwa w skład odpowiedniego Urzędu Ubezpieczeń wchodzi przedstawiciel Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. (d. c. n.)

Koledzy! Wpłacajcie składki członkowskie.

Koledzy! Wpłacajcie zaległą prenumeratę.

Zmiany w uregulowaniu prawnem zawodu felczerskiego.

Gen. Dyrekcja Służby Zdrowia wreszcie uważała za stosowne wycofać z Sejmu projekt noweli o uprawnieniach felczerskich. Prawdopodobnie nie małą rolę w tem cofnięciu odegrało negatywne stanowisko klubów poselskich względem noweli. Natomiast Gen. Dyr. Służby Zdrowia, nie zarzucając myśli zroformowania uprawnień felczerskich w duchu nieprzyjnym dla nas, widząc tylko, że przy dzisiejszym układzie stosunków nie da się tego załatwić na drodze ustawodawczej, opracowuje projekt zmiany rozporządzenia wykonawczego do ustawy. Związek, korzystając z momentu, zwrócił uwagę na sprzeczność niektórych przepisów rozporządzenia z postanowieniami ustawy. Pogląd nasz jednak nie został podzielony przez Gen. Dyr. Służby Zdrowia, która tylko w nowem rozporządzeniu pragnie zmienić sprawę szczepienia ospy, pozostawiając wszystko po dawnemu. Widzimy z tego, że felczerzy muszą dalej bronić swoich praw i szukać oparcia w społeczeństwie, którego nam nie odmawiano.

A więc i dziś, jak zawsze, tylko skupianie się przy Związku jest tylko jedynym naszym orężem.

Żyjemy w przededniu niespodzianek, które spaść na nas mogą w postaci tajemniczych przepisów nowego rozporządzenia

Z Powiatowej Kasy Chorych w Warszawie.

Ukazało się sprawozdanie Powiatowej Kasy Chorych w Warszawie za 1925 rok. W okresie sprawozdawczym udzielono 209.789 porad, z czego pierwszych 73,342 i następnych 136,447 na ogólną liczbę korzystających z pomocy lekarskiej około 30,000 osób.

Zasiłków wypłacono na sumę Zł. 376,874. Lekarzy ogółem było zatrudnionych 40, felczerów 8. Z pośród felczerów są to kol. kol. Konkiel, Kroczewski, Kapica, Tretjakow, Małachowski, Abramczyk, Matynia, Gulla. Powiatowa Kasa Chorych posiada: 1) 20 ambulatorjów i punktów lekarskich, 2) 11 gabinetów dentystycznych, 3) 5 punktów felczerskich (port Modlin, Łomianki, Pustelnik, Kawęczyn, Dąbrówka-Wilanowska).

Do wszystkich Oddziałów przy Centralnym Związku i poszczególnych Kolegów.

Wobec zaniedbania w Związku pośrednictwa pracy przypominam, iż przy każdym Oddziale winno się znajdować Społeczne Biuro Pośrednictwa Pracy. To Biuro Pośrednictwa Pracy winno pracować w kontakcie z pośrednictwem pracy Zarządu Głównego.

Felczerzy zrzeszeni i niezrzeszeni, jeśli wiedzą o jakiejkolwiek posadzie lub miejscu na wolną praktykę winni zawiadomić o tem najbliższy Oddział lub Zarząd Główny Związku.

Kierownik Społecznego Biura Pośrednictwa Pracy
przy Zarządzie Głównnym Centr. Z-ku Felczerów
(—) *Władysław Perzanowski.*

Z Zarządu Głównego.

Prezes Zarz. Gł. kol. Wągrowski oraz skarbnik kol. Wachowicz od 15-go lipca korzystają z urlopów letnich. W przewodniczeniu w Zarz. Gł. kol. Wągrowskiego zastępuje wiceprezes kol. Salamon.

Baczność felczerzy!

Wobec sprzeczności rozporządzeń władz administracyjnych z zasadniczą naszą ustawą z dn. 1 lipca 1921 r. oraz wypływającej z powyższego zupełnej dowolności władz w karaniu, ewent. ograniczaniu felczerów, ukaże się wkrótce **zbiór wyroków sądowych w sprawach felczerskich,** dzięki któremu felczer w mieście, czy na wsi, mając w każdej wątpliwej sprawie gotowe rozstrzygnięcie sądowe, będzie dokładnie poinformowany o swych prawach i obowiązkach.

Zapisujcie się więc, koledzy, zawczasu na listę, pragnących otrzymać **zbiór wyroków,** gdyż nakład wydawnictwa, z konieczności ograniczony, musi być zgóry obliczony.

Zapisy uskutecznia Redakcja „Przeglądu Felczerskiego", Warszawa, Złota 30, po otrzymaniu zaliczki w wysokości 1 zł.

Jednocześnie prosimy kolegów, którzy mieli sprawy sądowe lub słyszeli o takich kolegach, aby zechcieli nadesłać do Warszawy umotywowane wyroki sądowe.

ŁAŃCUCH PRASOWY

Kol. Piwiński składa na rzecz „Przeglądu Felczerskiego" Zł. 5. — i wzywa do złożenia takiej sumy kol. kol. Wągrowskiego, Wachowicza.

Kol. Galuba składa na rzecz „Przegl. Felcz." Zł. 5. — i wzywa do złożenia takiej sumy kol. kol.: Gabryelskiego, Golachowskiego, Pola, Szydłowskiego, Czaplickiego, Langfiera, Iskrzyckiego, Głowińskiego.

Kol. Drac składa Zł. 2.— i wzywa kol. kol.: Kulińskiego i Krawczyka.

Wydawnictwa nadesłane.

„Życie Urzędnicze", miesięcznik. Redaktor: Stanisław Sasorski.
„Lekarz Polski", miesięcznik. Redaktor: D-r Jerzy Bujalski.
„Warszawskie Czasopismo Lekarskie", pod redakcją Z. Srebrnego.
„Lekarz Wojskowy", miesięcznik, pod redakcją W. Osmólskiego.
„Kronika Farmaceutyczna", miesięcznik. Redaktor Adam Pęszyński.
„Wiadomości Farmaceutyczne", tygodnik pod redakcją Mag. Farm. Fr. Heroda.
„Kolejarz". Redaktor Jan Waslikowski.

Finanse Związku — to podstawa naszej walki w obronie zawodu.

ULGI w UZDROWISKACH.

Związek dla swych członków otrzymał ulgi w następujących uzdrowiskach za wylegitymowaniem się.

Rabka — 200 półpłatnych kąpieli dla członków Związku w czasie od 1.V. do 1.X.

Solec — kąpiele I klasy za biletami II i w II klasie za biletami III.

Szczawnica — 25% zniżka z cennika zabiegów leczniczych.

Otwock — ulgi w opłacie taksy kurac.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.


TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO d. MAGISTER KLAWE, S.A., WARSZAWA.
LEKI NASZE DO ZASTRZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH i DOŻYLNYCH ODZNACZAJĄ SIĘ: NAJWIĘKSZĄ DOKŁADNOŚCIĄ PRZYRZĄDZENIA, ZUPEŁNĄ JAŁOWOŚCIĄ STWIERDZONĄ PRZEZ KONTROLĘ BAKTERJOLOGICZNĄ.
MAGISTER KLAWE
ZATW. CECHA FABRYCZNA
WARSZAWA
d. NEUROTONIN
MAGISTRA KLAW
d. MAGISTER KLAWE S.A.
WARSZAWA
No 12 × 1 clm.³
Argocoli Klawe
100 clm.³
natrii chlorati
pro Injectione
d. Magister KLAWE
WARSZAWA
ZAKŁ. GRAF. E. i Dr K. KOZIAŃSKICH, WARSZAWA.
WYKAZ LEKÓW DO ZASTRZYKIWAŃ ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE